



**WELL CHILD EXAM -
ADOLESCENCE - 14 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 14 ЛЕТ

подросток заполняет самим подростком.	ИМЯ РЕБЕНКА _____		ДАТА РОЖДЕНИЯ _____	
	АЛЛЕРГИИ _____		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____	
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ			СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О: _____
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я завтракаю каждый день. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мне есть с кем поговорить. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я доволен тем, как у меня идут дела в школе и/или на работе.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я ежедневно получаю физические нагрузки. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я отвожу достаточно времени на сон; _____ часов в сутки.	
	WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE _____		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE _____	BLOOD PRESSURE _____
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Hgb/Hct _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Cholesterol		
Screening:		MHZ	R _____ L _____	
Hearing Screen	4000	_____	_____	
	2000	_____	_____	
	1000	_____	_____	
	500	_____	_____	
Vision Screen	R 20/_____	L 20/_____		
Development	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			
Behavior	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			
Social Emotional	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			
Mental Health	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			
Physical:	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			
General appearance	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Chest	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Skin	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Lungs	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Head	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Eyes	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Abdomen	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Ears	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Genitalia	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Nose	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Spine	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Oropharynx/Teeth	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Extremities	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Neck	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Neurologic	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Nodes	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Gait	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
Describe abnormal findings and comments: 				
IMMUNIZATIONS GIVEN				
REFERRALS				
NEXT VISIT: 16 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME _____		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE _____		HEALTH PROVIDER ADDRESS _____		

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (14 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Adolescent is in a household with people with tuberculosis or is in close contact with someone with the disease.
- Adolescent is in close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Urinalysis

Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of urinalysis. Use dipsticks combining the leukocyte esterase and nitrite tests to detect asymptomatic bacteria.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 14 ЛЕТ

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 14 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

AATA

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 14 ЛЕТ

ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА	
ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:	
Подростке заполняются самим подростком.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
	Я завтракаю каждый день.		Я ежедневно получаю физические нагрузки.
	Мне есть с кем поговорить.		Я отвожу достаточно времени на сон; _____ часов в сутки.
Я довolen тем, как у меня идут дела в школе и/или на работе.			
ВЕС, КГ/УНИЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ	
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней		Питание _____ Сон _____ <input type="checkbox"/> Проверка карты прививок <input type="checkbox"/> Hct/Hgb (Гематокрит/ Гемоглобин) _____ <input type="checkbox"/> ТВ (Туберкулез) <input type="checkbox"/> Направление к стоматологу <input type="checkbox"/> Холестерин	
Обследования: Слух	МГц 4000 2000 1000 500	Прав. Лев.	
Зрение	Прав. 20/_____	Лев. 20/_____	
Развитие	Норм. Отклон.		
Поведение Социальное/ Эмоциональное развитие	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Физическое состояние:	Норм. Отклон.	Норм. Отклон.	
Общий внешний вид Кожа Голова Глаза Уши Нос Ротовая полость/Зубы Шея Узлы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания: 			
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ			
НАПРАВЛЕНИЯ			
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 16 ЛЕТ		ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
ПОДПИСЬ ВРАЧА		АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	

Забота о здоровье в возрасте 14 лет

Важнейшие моменты

Как вы развиваетесь в возрасте от 14 до 16 лет.

Вам необходимо проходить регулярные проверки зрения и слуха. При каждом посещении врача говорите с ним о своем здоровье и организме. Пришло время научиться, как заботиться о здоровье и что делать, если вы простудились, у вас болит ухо или вы заразились гриппом.

Раз в полгода вам следует посещать стоматолога. Спрашивайте у стоматолога о любых изменениях, происходящих с вашими зубами или зубной эмалью. При появлении повреждений эмали вы должны показать это и своему основному врачу, и врачу-стоматологу.

Созревание – это индивидуальный процесс. Спросите у родителей, когда у них происходило созревание. Скорее всего, созревание у вас произойдет примерно в том же возрасте, что и у ваших родителей, а не одновременно с вашими друзьями.

Помощь или подробная информация

Информация о предотвращении самоубийств: Национальная кризисная телефонная служба помощи 1-800-999-9999 и Национальный кризисный телефон доверия «Boys Town» 1-800-448-3000.

Информация для подростков по вопросам полового развития и воспитания: www.teenwire.com.

Информация о подростках-геях и подростках лесбиянках: PFLAG («Родители, семьи и друзья лесбиянок и геев») – www.pflag.com или 202-467-8180.

Информация о пищевых расстройствах: www.allabouteatingdisorders.com.

Информация по вопросам здоровья в переходном возрасте для подростков с особыми медицинскими потребностями/подростков-инвалидов: <http://depts.washington.edu/healthtr/>

Это поможет вам сохранить здоровье

Немаловажны занятия физическими упражнениями, даже в дополнение к урокам физкультуры. Это должно быть такой же обычной привычкой, как, например, чистить зубы.

Важно здоровое питание. В юношеские годы для того, чтобы расти, вам нужно особое питание. Сидя на диете, вы можете нанести серьезный вред своему организму.

Если вы обеспокоены своим весом, обратитесь к врачу. Существуют специальные таблицы, из которых можно узнать правильный вес, который должен быть при вашем росте. В этом возрасте диета с целью снижения веса должна проводиться только под наблюдением врача или медсестры. Физические упражнения, здоровое питание, меньшее количество легких закусок – лучшие способы снижения веса.

Подросток может быть очень эмоциональным. Это часть процесса созревания. Вы можете научиться управлять стрессом и гневом. Вы можете походить на занятия со своими другом или родителями, чтобы обрести навыки в разрешении конфликтов.

Каждый человек в какие-то моменты испытывает депрессии. Это может быть серьезной проблемой, если продолжается дольше двух недель. Если у вас или у кого-то из ваших знакомых возникнут следующие симптомы, то следует обратиться к врачу или консультанту.

- Заметные перемены в привычках, связанных с едой и сном. Они начинают набирать или терять вес. Они не могут заснуть или же спят большую часть времени.
- Глубокие перемены характера или необъяснимое, неожиданное жестокое или бурное поведение либо непослушание.
- Человек становится семьи или друзей, убегает из дома, постоянно скучает и/или не может сосредоточиться, проявляет необычное пренебрежение к внешности.
- Злоупотребление алкоголем и/или наркотиками.
- Необъяснимое снижение успеваемости в школе.
- Сосредоточение на темах смерти, раздача ценных вещей.
- Разговоры о самоубийстве, угрозы самоубийства или его планирование даже в шутку, попытки убить себя или других.

Советы, касающиеся безопасности

Используйте средства безопасности, шлемы, наколенники, налокотники и т.д., ремни безопасности. Делая это, вы поступаете по-взрослому. Напоминайте об этом друзьям.